# SINT LUCAS TIJDSCHRIFT

1966 Nr 1

INHOUD:

# Het eeuwig menselijke...

# in de situatie van nu.

DES MENSCHLICHEN Lebens letztes Ziel ist : Glückseligkeit.

Wer immer irgend unter dem Gesichtspunkt des Guten etwas will, dessen Wille ist gleichformig dem göttlichen Willen.

ALLE GESCHAFFENEN Wesen haben darin an der göttlichen Gutheit teil, dasz sie das Gute, das sie selber besitzen, auf andere Wesen ausströmen. Denn es gehört zum Wesen des Guten, dasz es sich anderen mitteilt.

ALLES WELTICHE Wesen führt sich auf drei Dinge zurück : Ehre, Reichtum, Vergnügen.

ALLE TUGEND, durch die eine Leidenschaft Ordnung empfängt, gibt auch der Liebe Ordnung.

uit ' Sentenzen des Thomas Von Aquin '

Josef Pieper.

De mens benadert zichzelf met technieken, die zinvol zijn voor dingen, doch niet voor mensen.

Dr. Bern. Delfgauw.

Al dan niet menswaardig betekent : al dan niet doordrongen van liefde.

Een ziel, aan wie elke onrust over zichzelf vreemd is, is een verdorde ziel.

Gabriel Marcel.

# Medische ethiek en levensverlenging [1]

*door Prof. Dr. C. P. Sporken* te Bergeijk*

Geboren 18 maart 1927 te Nieuwenhagen ; sedert 1957 professor in de moraaltheologie Theologicum P. Assumptionisten.
Belangrijkste publicaties : 'Gemoedsleven en deugd, Thomas contra Suarez ?' ; Gemoedsleven en Suareziaanse moraal in : Bijdr. Jez. 23 (1962) 4, blz. 341-365 ; 'Mensbeeld, christelijk leven en moraal' in : J. Wieland e.a. 'Al tastend Hem vinden' (1965) uitg. Nelissen n.v. te Bilthoven ; Medische ethiek en medicamenteuze therapie in : Katholiek Artsenblad 44 (1965) n° 5 ; Problemen inzake verlenging van het leven in : Ziekenfondsvragen 16 (1965) n° 8. Studie : Doctoraal-examen (cum laude) Theologie, sectie moraal te Nijmegen, juni 1957 ; promotie (magna cum laude) te Leuven, juni 1961, proefschrift : 'Gemoedsleven en deugd. Thomas contra Suarez ?', promotor : Mag. Prof. Dr. L. Janssens.

Als men in de dagbladen leest hoeveel moorden er plaatsvinden en hoeveel mensen zich op een onverantwoorde manier gedragen in het verkeer, dan zou men er haast toe geneigd zijn te menen, dat het met de eerbied voor het leven van zichzelf en van anderen niet zo best gesteld is. Toch zijn er genoeg andere feiten, die een tegenovergestelde opinie rechtvaardigen. We lezen immers hoeveel mensen en materiaal ingezet worden voor de redding van mensen, die in bergstreken in levensgevaar zijn geraakt. Kosten noch moeiten worden gespaard om bijvoorbeeld bij een mijnramp de ingesloten mijnwerkers te redden. We zijn vaak getuige van de grote opofferingen die artsen en verplegend personeel zich getroosten en hoezeer zij vechten voor het levensbehoud van een zieke. Dit alles brengt ons tot de overtuiging, dat in de gemeenschap der mensen (althans hier in West-Europa) een diep ingeworteld respect aanwezig is voor het leven en het levensbehoud. Dit spreekt niet in het minst uit de pogingen tot reanimatie en tot levensverlenging, die van medische zijde ondernomen en bevorderd worden. De nu volgende bladzijden zijn gewijd aan deze pogingen en aan de problemen welke daarmee samenhangen. Hierbij zal het accent vooral gelegd worden op de medisch-ethische aspecten van deze kwesties. Het Nederlands Gesprek Centrum organiseerde in 1959 een conferentie over 'De verlenging van het leven'. Een commissie die daar-

1) De tekst van dit artikel is besproken in de vergaderingen van de Commissie Medische Ethiek, bestaande uit de Heren : F. Saes, arts, voorzitter ; J. Capetti, arts ; H. Dorren, arts ; B. Garritsen, arts ; Dr. F. Gerards, arts ; M. Horikx, arts ; H. v. Osch, arts ; Drs. Kuitenbrouwer ; Prof. Drs. Th. Beemer en Prof. Dr. C. P. Sporken.

toe in het leven werd geroepen, stelde een rapport samen dat in 1964 gepubliceerd werd. Bij de behandeling van de problemen richtte de commissie haar aandacht hoofdzakelijk op de kwesties omtrent het direct verlengen van het leven door medisch (kunstmatig) ingrijpen. Op dit terrein spitsen de problemen zich toe op de vragen over de reanimatie en de behandeling van hen, die het slachtoffer werden van een ongeluk (in het verkeer of elders). De snelle ontwikkeling van de chirurgie en de uitbreiding van de pharmaceutische en technische mogelijkheden hebben de reanimatie en wat daarmee samenhangt tot een min of meer specialistische behandeling gemaakt. Het 'weer doen leven' kan in een aantal gevallen geschieden door het kunstmatig in stand houden van de ademhaling en het weer op gang brengen van de hartactie.

Door de toepassing van de nu voorhenden zijnde methoden tot reanimatie is duidelijk gemaakt, dat de overgang tussen leven en dood geleidelijker is dan men vroeger wel dracht, d.w.z. dat het irreversibel moment van de dood 'verder weg ligt' dan men vroeger meende. Dank zij de vooruitgang van de medische wetenschap is het mogelijk geworden het leven van een mens te redden of althans voorlopig te behouden in situaties, die voorheen uitzichloos waren. Vooral deze mogelijkheden tot levensverlenging stellen ons voor een aantal problemen, waarover het laatste verstandige woord nog lang niet gesproken is.

Het nu volgende is niet bedoeld om dit laatste woord te zeggen. De bedoeling is slechts deze : het bijeenbrengen en aanbieden van het denk- en feiten- materiaal, dat dienstig kan zijn tot verder gezamenlijk overleg. Uitdrukkelijke confrontatie van de ethische beginselen en hun levensbeschouwelijke achtergronden enerzijds en de gegevens uit de medische praktijk anderzijds zal ons wellicht helpen de extreme eenzijdigheden te vermijden, die een verantwoorde ethische stellingname onmogelijk zouden kunnen maken.

Uit de brochure van het Nederlands Gesprek Centrum blijkt, dat de commissieleden het niet eens werden over de ethische aspecten van sommige der gestelde vragen. Dit is niet in de eerste plaats te wijten aan tegengestelde visies in verband met de afzonderlijke problemen zelf. Het verschil in mening bleek veel diepere gronden te hebben, te weten : de opvatting over de zin van het leven, over ethiek in het algemeen en over het al of niet bestaan van absoluut bindende ethische normen (resp. blz. 10, 14 en 18). Daardoor hebben dezelfde termen vaak een geheel andere inhoud naargelang de levensovertuging van degene, die ze gebruikt. Het zal niet mogelijk zijn álle nuancering van gedachte-inhoud ten opzichte van elkaar te vermijden. Bij een gedachtenwisseling over ethische problemen is dat zeer moeilijk, omdat de ethische zienswijze sterk verweven is met de individuele persoon en diens totale levenshouding. Veel van de feitelijk voorkomende misverstanden zouden echter vermeden kunnen worden. Dit kan o.i. op de beste manier gebeuren als men

bij de herbezinning op de ethische aspecten van de problemen rond levenverlenging niet begint met de discussie over de meest gecompliceerde conflictsituaties. Het lijkt juister en beter om uit te gaan van meer algemene, bekende en aanvaarde gegevens. Bedoeld zijn vragen als : hoe denken we vanuit onze katholieke geloofsovertuiging over de mens en gevolgelijk over de ethische consequenties daarvan voor het medische handelen ten opzichte van die mens ? En vervolgens : hoe denken we over het menselijk leven en bijgevolg over de ethische consequenties daarvan voor het medisch handelen ten opzichte van dat leven ? In het nu volgende zal gepoogd worden langs deze weg de concrete vragen omtrent levensverlenging te benaderen.

**Zin en norm van het medisch handelen**

Door het feit dat een patiënt een beroep doet op de medicus en deze laatste daaraan beantwoordt, neemt de medicus de taak op zich tot een bepaalde dienstbaarheid aan de evenmens door het verzorgen van diens gezondheid. Dit begrip gezondheid werd tot in het zeer recente verleden hoofdzakelijk gezien als lichamelijke gezondheid, dat wil zeggen de gaafheid en het goed functioneren van het lichamelijk organisme. Gezond zijn is echter méér dan lichamelijk gezond zijn, zoals mijn zijn méér is dan lichaam zijn. Vandaar dat men de gezondheid van de mens wellicht beter zou kunnen omschrijven als de toestand van aangepastheid van de mens aan het geheel van zijn bestaanssituatie (Kortbeek). In laatste instantie gaat het niet om de ziekte, maar om het belang van de zieke mens.

Van den Berg (1960) heeft er op gewezen, dat in de eed van Hippocrates het belang van de zieke tot twee maal toe als norm van medisch handelen genoemd wordt. (blz. 90) Hoe sterker de medicus zich realiseert dat hij slechts onder een bepaald aspect (namelijk dat van lichamelijke gezondheid) met zijn medemens geconfronteerd wordt, des te meer zal hij beseffen dat hij een taak heeft ten aanzien van de mens zelf. Medisch handelen is bezig zijn met de mens en niet slechts met zijn lichamelijkheid, ofschoon dit niet altijd en bij elk soort van behandeling even duidelijk blijkt. Vandaar dat de ethische norm van het medisch handelen nooit uitsluitend kan gevonden worden in de effectiviteit van de behandeling ten aanzien van het lichamelijk organisme. **De laatste norm ligt in de effectiviteit van de behandeling voor de gezondheid van de mens in zijn totaliteit.**

Daarmee is tevens de zin van het medisch handelen aangegeven. In dat licht zou men de taak van de medicus wellicht als volgt kunnen omschrijven : dienstbaarheid ten opzichte van de gezondheid van de mens voor zover deze in somatisch opzicht verzorging behoeft, maar dan in het perspectief van de mens in zijn totaliteit gezien.

Geconfronteerd worden met de mens betekent echter noodzakelijk geconfronteerd worden met **een mens in de dynamiek van zijn of haar levensgang.** Ieder mens is op weg naar datgene wat hij als zijn bestemming meent te zien. Naar gelang de ziekte ernstiger is, zal de medicus op dieper en persoonlijker niveau in deze levensgang binnentreden. Dit gegeven speelt mee in de medisch-ethische norm. Deze betrekt zich niet alleen op datgene wat goed is voor deze mens op dit moment, maar ook op de gevolgen van de ingreep of behandeling voor de levensgang van deze mens. Vervolgens : geconfronteerd worden met een mens betekent ook noodzakelijk confrontatie met deze mens in diens medemenselijke levenssituatie.

**Mede-menselijkheid** is dermate inherent aan het mens-zijn, dat zij mede bepalend is voor de beoordeling van het al of niet zinvolle van het medisch handelen. Samenvattend zou men kunnen zeggen, dat het criterium voor de zin en voor het ethisch goed zijn van het medisch handelen hierin bestaat : **wordt door deze behandeling werkelijk een dienst bewezen aan deze mens, die — tezamen met zijn medemensen — op weg is naar zijn eindbestemming overeenkomstig Gods roeping.**

Concreter : weegt het goed voor hem als mens werkelijk op tegen de nadelen die aan de behandeling vastzitten ? ofwel : bevordert deze behandeling zijn mogelijkheden tot het beantwoorden aan zijn levensroeping van Godswege ? of nog anders : wordt hij er uiteindelijk inderdaad beter van als mens ?

## Zin van het leven

In geloof weten wij, dat de mens geschapen is naar Gods beeld en gelijkenis en dat hij door de verlossing herschapen is tot kindschap Gods. Als schepsel staat de mens voor dezelfde opgave als heel de rest van de schepping : beantwoorden aan de bedoelingen van de Schepper. Voor de mens geldt deze opdracht echter op heel eigen, dat is menselijke wijze : hij zal zelf inzicht moeten verwerven in Gods idee over de mens en over het menselijk leven en dit inzicht metterdaad zelf moeten realiseren in zijn leven. Wat natuurnoodzakelijkheid is voor de andere schepselen wordt ethische opgave voor de mens. (Madinier, 1958, blz. 77).

De mens ziet zich dus geplaatst voor de opgave zelf mens te worden op authentieke wijze, dat wil zeggen overeenkomstig Gods bedoelingen. In het Nieuwe Verbond gaan Gods heilsbedoelingen echter verder : door de verlossing in Christus zijn wij niet slechts geroepen tot mens-zijn zonder meer, maar tot het kindschap Gods. De eigenlijke inhoud van deze opdracht om kind-van-God te worden vinden wij nader geëxpliciteerd in het evangelie van Jezus Christus, zoals dat in het levend geloof van de Kerk voor ons bereikbaar is. De mens staat dus voor de opgave zichzelf als het ware uit Gods hand

te aanvaarden als komend van God en geroepen tot liefdesgemeenschap met Hem en de zijnen. De schepselijke herkomst en eindbestemming vormen het fundament van de ethische levensopgave van de mens.

Volwassen wordende staat de mens voor zijn leven als voor een gegevenheid, waar hij niet om gevraagd heeft, maar dat niettemin een **geschenk des Heren** is en voor hem kan en moet worden. Dit is de kern van de christelijke visie op het leven, welke haar uitgangspunt vindt in de Schriftuur (Is. 42-5 ; Act. 17-25 ; Tim. 6-13). Deze noemt het leven overigens ook een geschenk van God als beloning voor het onderhouden van zijn geboden (1 Kon. 3-14 ; Am. 5-14 ; Ez. 14-12), voor de vreze des Heren (Spr. 10-27 ; Ps. 90-16) en voor de piëteit ten opzichte van de ouders (Ex. 20-12 ; Eph. 6-2).

Wij behoren niet toe aan onszelf, doch aan de Heer, met andere woorden wij zijn 'van God' (Rom. 6-8). Vandaar dat wij niet meer moeten leven voor onszelf, maar voor Hem die voor ons gestorven is (2 Kor. 5-15). Wij moeten leven tot dienstbaarheid in liefde voor God (Rom. 6-13) en voor de mensen (1 Jo. 3-16). De betekenis van ons lichamelijk leven wordt ten zeerste verdiept door de 'vleeswording' van het Woord Gods. Aan God toebehoren als schepsel is voor de gelovige geworden : aan de Vader toebehoren als kind (Jo. 1-12; 1 Jo. 3-1), als lidmaat van het Mystieke Lichaam van Christus (1 Kor. 6-15) en als tempel van de Heilige Geest (1 Kor. 6-19). Dit toebehoren aan God vormt het uitgangspunt van het katholiek ethisch denken over leven en sterven. De algemene ethische opgave van de mens betekent derhalve voor zijn houding ten aanzien van zijn aardse leven : proberen Gods visie op het leven te achterhalen, deze tot zijn eigen visie te maken en pogen zich dienovereenkomstig te gedragen. De mens zal het zélf, in eigen verantwoording, als geschenk des Heren moeten aanvaarden en het zélf doen uitgroeien tot authentiek menselijk leven overeenkomstig Gods heilsbedoelingen.

Ethisch goed handelen is handelen in de lijn van de eindbestemming waartoe wij geroepen zijn : de liefdeseenheid en het liefdesgeluk met God en de zijnen. Ethisch goed handelen is daarom geen 'middel' aanwenden tot het verkrijgen van de eeuwige zaligheid, maar zal steeds meer zijn einddoel worden. Door elke daad van liefde doet de gelovige de liefdesgemeenschap met God, die hij in de kiem reeds bij het doopsel ontvangen heeft, steeds meer werkelijkheid worden. Wij 'krijgen' de hemel niet als beloning voor de goede prestaties die wij hier op aarde geleverd hebben, maar door goed te leven verdiepen en versterken wij onze liefdesverbondenheid met God en de mensen, totdat die groei uiteindelijk uitmondt in de volkomen liefdesgemeenschap, die wij hemel noemen.

**Sterven** betekent daarom de laatste ontplooiing en realisering van onze levensopdracht. De mens zal zijn leven én zijn sterven moeten

durven en willen aanvaarden in de feitelijk gegeven lichamelijke, medemenselijke en binnenwereldse bestaanssituatie. Concreter geformuleerd : het behoort tot de ethische opdracht van de mens zelf zijn gezondheid te verzorgen, dat wil zeggen al het redelijke doen tot instandhouding en positieve bevordering van zijn gezondheid en alles vermijden wat die gezondheid benadeelt. Voor de gelovigen, die God aanvaarden als Degene, aan Wie in laatste instantie het leven toebehoort, zal de laatste norm inzake leven en levensverlenging gelegen zijn in Gods idee over het menselijke leven. Hier geldt echter wat voor heel de ethische opdracht van de mens geldt, namelijk : dat wij moeten trachten Gods idee daaromtrent zo zuiver mogelijk te verstaan en zo authentiek mogelijk te interpreteren in elke afzonderlijke situatie. Daarom ie het niet gevaarlijk, doch volkomen juist om te spreken van een absolute norm ten aanzien van het leven. In de katholieke moraaltheologie wordt de eerbied en de zorg voor het leven van de mens beschouwd als een absoluut bindende norm, welke geen uitzonderingen toelaat. Maar het zou onjuist zijn als men die zou verstaan als : de absolute eis om kost wat kost het biologisch leven te rekken. Deze eis kan slechts gelden ten aanzien van het leven van de mens juist als menselijk leven gezien. Het absoluutheidsmoment bestaat in het fundamenteel en onaantastbaar respect voor het menselijk leven. Men zal dan in elk afzonderlijk geval moeten toezien hoe dit hic et nunc op zo goed mogelijke manier kan gerealiseerd worden.

**Ethische normen inzake levensverlenging**

Vooraf zij opgemerkt, dat reanimatiepogingen en pogingen tot verlenging van het leven niet identiek zijn. Strikt genomen kan men slechts spreken van **reanimatie** zolang er gepoogd wordt de hart- en ademfuncties weer op gang te brengen. Volgens Prick (1960) levert de echte reanimatie weinig problemen op, omdat heel vaak moeilijkheden opgelost worden door de factoren van tijd en beschikbare mogelijkheden. Medisch-ethisch gezien kan men verantwoord de behandeling staken als er geen reële kans meer is op succes. Principieel is er geen verschil tussen kunstmatige ademhaling en de beademingsapparatuur, eventueel met hartmassage, ofschoon het in dit laatste geval soms moeilijker is om te beslissen (vanwege steeds betere technische mogelijkheden en betere resultaten).

Is minstens de hartfunctie weer op gang gekomen, dan kan zich de vraag aandienen van **de verlenging van het leven.** In verband met kunstmatige beademing kan dat voornamelijk het geval zijn bij twee categorieën van aandoeningen : bij ademhalingsstoornissen van iemand die reeds ziek is en bij een comateuze toestand (bijvoorbeeld vanwege ongeval) van een voordien gezonde patiënt, waarbij ademhalingsstoornissen optreden in verband met een trauma capitis of een intoxicatie.

De vraag omtrent de ethische plicht om het leven te behouden of te verlengen kan zich echter ook in de 'gewone' artsenpraktijk stellen. We denken hier aan de situatie van een ongeneeslijk zieke, waarvan met grote zekerheid gezegd kan worden dat hij binnen twee maanden zal sterven, die een zeer ernstige en levensgevaarlijke aandoening van andere aard krijgt. Moet men in zo'n geval alle mogelijke middelen aanwenden om die aandoening meester te worden met het gevolg dat hij binnen de twee maanden na veel lijden en ellende toch zal sterven ? En moet al het mogelijke gedaan worden om een ernstige operatie te verrichten bij een pasgeboren baby, die mongooltje is en bovendien met zekerheid aanleg heeft tot hydrocephalus ? Wat is in al dit soort gevallen de medisch-ethische opgave van de arts en waardoor dient hij de mens in kwestie op de meest authentieke wijze ?

De bezinning op de ethische aspecten van deze problemen veronderstelt **een fundamentele eerbied voor het menselijk leven.** Dit impliceert dat men in het algemeen binnen de grenzen van het redelijke en zinvolle alles moet doen wat dienstig of bevordelijk is voor het wel-zijn van de mens in zijn lichamelijke bestaanssituatie. Deze algemene ethische norm volstaat niet ter oplossing van de gecompliceerde problemen, waarvoor men in dezen komt te staan. Nadere concretisering is daarom noodzakelijk. De ervaring heeft echter bewezen, dat het hanteren van een of andere vuistregel onvoldoende is ter oplossing van deze problemen.

Zo trachtte men traditioneel de ethische plichten ten aanzien van het leven te verduidelijken door de stelregel : **gewone middelen móet en buitengewone middelen mag men aanwenden.** Pius XII (1957) heeft er in dit verband naar verwezen. Dezelfde gedachtengang vinden we onder meer terug bij Niedermeyer (1953), Stelzenberger (1953), Häring (1956), O'Donnel (1959), Marlet (1960), Stolte (1960), Mausbach-Ermecke (1961) en in de discussies van het Nederlands Gesprek Centrum (1964). De buitengewone middelen, d.w.z. die welke grote last, pijn etc... met zich meebrengen en niet evenredig zijn met het te verwachten resultaat, moeten slechts aangewend worden als hogere belangen van persoonlijke, religieuze of sociale aard meespelen (Pius XII, Marlet, Bax, Rauch), als zij een reële kans op succes bieden (Bax, Busenbaum, Comm., Kelly, Marlet). Die gunstige prognose betekent voor velen, dat het eindresultaat van de behandeling zodanig moet zijn, dat het voor de patiënt nog inhoud en zin kan hebben (Marlet, O'Donnel), dat het leefbaar is (Ned. Gesprek Centrum) in de zin van **een acceptabel menselijk en zinvol leven** (Prick).

Ter aanvulling van het onvolledige in de regel over gewone en buitengewone middelen doet men soms een beroep op een andere regel, te weten, dat **indirect doden** in bepaalde situaties geoorloofd kan zijn (Pius XII). In feite blijkt ook deze regel uiterst moeilijk

hanteerbaar (Ned. Gesprek Centrum). Vandaar dat wij er meer voor voelen de problematiek op een andere wijze te benaderen. Daartoe zal het echter nodig zijn de verschillende normen of criteria eerst afzonderlijk onder de loep te nemen.

**De regel : gewone en buitengewone middelen**

Zoals boven reeds gesignaleerd werd, is vaak een beroep gedaan op deze regel voor het beantwoorden van de ethische vragen omtrent leven en dood. Als middel ter onderscheiding van de twee soorten van middelen tot levensbehoud wordt gewezen op de last, pijn, offers (ook financiële), evenredigheid met het te verwachten resultaat en het feitelijk ter beschikking staan van de medicus. Vrijwel algemeen wordt het als een ethische plicht beschouwd de gewone middelen tot behoud van leven en gezondheid aan te wenden. Ten aanzien van de buitengewone middelen kan men slechts spreken van een ethische plicht tot aanwending als er reële kans is op goed resultaat en als hogere belangen in het geding zijn. Het zou onjuist deze onderscheiding zonder meer te bestempelen als simplisme, ofschoon de regel vaak te simpel blijkt voor moeilijke problemen. Desondanks krijgt men een onbehaaglijk gevoel als men bij Healy leest, dat men een behandeling, welke meer dan 2000 dollar kost als een buitengewoon, dus normaal niet verplicht middel moet beschouwen (p. 68). Nolens volens moeten wij bij het lezen hiervan terugdenken aan een passage, die te lezen is in 'De Boere-Theologie of den Godsvrugtigen Kluysenaer'. De predikant heeft de overtuiging dat het bij zijn toehoorders met de vervulling van het vijfde gebod bar slecht gesteld is, en dat juist op grond van financiële redenen. Een man, die — ernstig ziek zijnde — weigerde een dokter te laten komen vanwege de onkosten, ontbood onmiddellijk de dokter, toen men hem er aan herinnerde dat zijn begrafenis nog méér geld zou kosten. En een ander, die voor een zieke koe een heel 'dure' veearts had laten komen, maakte het nog bonter : 'Zoo weet ik, dat eenen Pastoor dezen Man deftig vermaende, dat hy voor zyne zieke Vrouw moest na den Doctoor gaen ; waerop den Man ook enige van die redens opgaf. Maer, zegt den Pastoor, als uwe koey ziek is, gy gaet na eenen Meester ? Den boer antwoorde plotselyk . ik kan beter eene andere Vrouw krygen, als eene andere koey ! Ik zeg Ulieden : gy zondigt tegen het vijfde gebod, als wanneer gij in merkelyce ziekten geenen Doctoor en gebruykt en zyne ordonnantie niet wilt volgen. God heeft aen de kruyden de krag niet te vergeefs gegeeven, en ook gewilt dat men den Doctoor zal eeren om de noodzaekelykheyd'. (blz. 180).

Om echter terug te keren naar de ernst van ons onderwerp : de moeilijkheid voor het hanteren van deze regel is vooral gelegen in het vloeiende karakter van het criterium op grond waarvan een middel gewoon of buitengewoon genoemd wordt. Zelfs als men dit

legt in de vraag of een middel al dan niet normaal ter beschikking staat van de 'gewone' medicus, of al dan niet bijzondere inspanningen of apparatuur vraagt, is dit onderscheid erg labiel.

Datgene wat nu 'buitengewoon' is als medische behandeling, kan over drie maanden 'gewoon' zijn gezien de snelle evolutie van de medische wetenschap. Wil men toch een zeker onderscheid ten aanzien van de verschillende middelen of behandelingen handhaven, dan lijkt het beter om het criterium voor dit onderscheid te leggen in de gehele handelingssituatie. Dit schijnt Pius XII te suggereren (Anaesthesisten, k. 3) ; Mausbach zegt het uitdrukkelijk (III, S. 267). Zo kan een blindedarmoperatie, die voor een chirurg een allergewoonste ingreep is, voor een arts in uiterst primitieve omstandigheden een buitengewone zware en riskante ingreep worden.

Het heeft een zeker nut te letten op de aard van het middel zelf, verondersteld dat dit niet gebeurt met de bedoeling om daaruit rechtstreeks een of andere ethische norm af te leiden. Men kan o.i. slechts verantwoord besluiten dat er een ethische plicht bestaat om een medische behandeling te beginnen of langer voort te zetten (om het even of men die behandeling een gewoon of buitengewoon middel tot levensbehoud noemt), als men deze behandeling beschouwt in betrekking met andere factoren zoals de prognose of eventueel aanwezige hogere belangen.

De plicht tot behandelen ontstaat in dat geval niet uit de aard van het middel zelf, doch veeleer uit de ernst van de hogere belangen of uit de kansen op redelijk resultaat. Dit redelijk resultaat betekent, in de meer recente publicaties : een redelijk aanvaardbaar menselijk en zinvol leven (Prick). Doch hierop zullen we straks nog nader terughomen.

## De regel : direct en indirect doden

Vanwege de ontoereikenheid van de zojuist besproken vuistregel wordt in sommige gevallen een beroep gedaan op de traditionele stelling : direct doden kan nooit, indirect doden daarentegen kan in bepaalde situaties geoorloofd zijn. Onder indirect doden verstaat men : het bewerken van iets weldadigs in een dergelijke situatie, dat door diezelfde handeling tevens dood of levensgevaar veroorzaakt wordt.

Deze tweede vuistregel is al even moeilijk hanteerbaar als de vorige. Het is niet gemakkelijk de begrippen op (katholiek) moraal theologisch niveau goed te begrijpen. Zij hebben een bepaalde erfelijke belasting vanwege het eenzijdig beklemtonen van de fysieke aspecten van de mens en van het menselijk handelen. Bovendien heeft de ervaring bewezen dat medici en ethici elkaar niet verstaan en 'langs elkaar heen praten' bij het hanteren van deze regel. Telkens opnieuw blijkt dat er eindeloze discussies ontstaan over de

vraag of bijvoorbeeld het afbreken van een uitzichtsloze reanimatie-techniek beschouwd moet worden als direct doden ofwel als indirect doden of niet langer tegenhouden van de natuurlijke dood (zie Ned. Gesprek Centrum blz. 16 v. en 29). De kernideeën, die aan dergelijke regels ten grondslag liggen, zijn onmiskenbaar zeer reëel en moeten dan ook verrekend worden in het uiteindelijk medisch-ethisch oordeel. Maar wellicht kan men dezelfde problematiek zuiverder en daarom de ethische vraag scherper en duidelijker stellen door te vragen naar de zin, d.w.z. naar de menselijke betekenis van het medisch handelen in kwestie. Vooral de problematiek omtrent levensverlenging blijkt deze wijze van vraagstelling reëler en meer ter zake dienstig te zijn. Overigens is het hierbij opmerkelijk, dat zelfs in die gevallen waar de behandelende medici de overtuiging hebben, dat het voortzetten van de behandeling zinloos is, zij huiverig staan en zelfs afwijzend tegenover het zonder meer afbreken van de behandeling. Vanwege de sociale gerichtheid van het medisch ambt en vanwege de gevoelsindruk van een ingrijpen-tot-levensbeëindiging prefereren sommigen toch de methode van het niet ingrijpen bij het optreden van eventuele complicaties, ofschoon dit van ethisch standpunt gezien geen wezenlijk verschil maakt (Marlet, Prick).

**Belangrijkste norm : aanvaarbaar en zinvol menselijk leven**

Bij de bespreking van de ethische kwesties omtrent reanimatie en levensverlenging komt steeds meer als kernvraag naar voren : kan het leven, zoals dat min of meer zeker het uiteindelijk resultaat zal zijn van de behandeling, een aanvaardbaar, leefbaar en zinvol leven zijn ? Prick stelt uitdrukkelijk, dat de medicus niet (verder) moet behandelen als er geen vooruitzicht is op zinvol leven (blz. 90). En het is de algemene opvatting van de commissie van het Nederlands Gesprek Centrum dat reanimatiepogingen als mislukt moeten beschouwd worden, wanneer zij slechts resulteren in een vegetatief leven, waarbij de hogere psychische en lichamelijke functies uitgeschakeld blijven (blz. 29). Men kan hiermee echter niet volstaan. Het is noodzakelijk nader te expliciteren wat de inhoud is van dat begrip 'menselijk leven', want dat vormt de basis van elke verdere mogelijkheid tot aanvaardbaar en zinvol leven. Anders gezegd : het is noodzakelijk nader te omschrijven op welke gronden men deze mogelijkheid aanwezig acht of niet. Het aanwezig zijn ervan schept immers de ethische plicht voor de arts zowel als voor de patiënt om de daartoe nodige behandeling eventueel uit te voeren of te ondergaan.

Om verwarring of misverstand te voorkomen, zullen we eerst trachten het terrein af te bakenen door de ordening van de verschillende situaties, waarin de opvattingen van de arts en de patiënt uiteenlopen. De eigenlijke inhoud van het onderhavige criterium zal geanalyseerd worden bij de bespreking van die gevallen, waarbij arts en patiënt (althans ideëel gezien) samen beslissen.

## Afbakening van het terrein

1

Om te beginnen met het eenvoudigste geval : het is voor iedereen duidelijk dat er geen ethische plicht tot (verdere) behandeling bestaat voor de medicus als hij niets meer kán doen voor gezondheid of levensbehoud van de patiënt.

2

Er is evenmin sprake van een ethische plicht tot behandeling als de patiënt elke behandeling blijft weigeren op grond van wantrouwen in de diagnose of de indicatie of in de kundigheid van de arts.

3

Minder duidelijk wordt het ophouden van de plicht tot behandeling in die gevallen, waarin de patiënt deze weigert op grond van andere overwegingen, bijvoorbeeld van religieus-ethische aard (Getuigen van Jehova). Wanneer de medicus ervan overtuigd is dat die weigering onverantwoord is, zal hij moeten trachten de patiënt tot andere inzichten te brengen. Lukt dit niet, dan kan hij zich ontslagen achten van de plicht tot behandelen. De zaak komt naar onze overtuiging geheel anders te liggen, als het gaat over een onmondig kind, waarvoor de ouders een dergelijke beslissing nemen. Denk aan het voorbeeld van de ouders, die een voor hun kind absoluut noodzakelijke bloedtransfusie verbieden op grond van religieuze overwegingen. Het wil ons voorkomen dat de medicus in een dergelijke situatie moet opkomen voor de werkelijke belangen van dit kind, zelfs tegen de wil van de anderen, die medeverantwoordelijkheid ten aanzien van dit kind dragen.

4

Het kan ook gebeuren dat de arts geconfronteerd wordt met een mens, die een noodzakelijke behandeling weigert omdat hij eenvoudig niet meer wil blijven leven in de mening dat zijn leven geen enkele zin meer heeft noch kan hebben. De ziekte kan dan de betekenis krijgen van middel tot zelfmoord. Als de arts met grote zekerheid meent te weten, dat deze beslissing voortkomt uit een psychotische toestand, dan heeft hij o.i. de ethische plicht die patiënt tegen zichzelf in bescherming te nemen en — indien maar enigszins mogelijk — toch die noodzakelijke behandeling uit te voeren. Dit op grond van het beginsel, dat de medicus staat voor de opgave dienstbaar te zijn aan de ander juist op diens levensweg als mens. Hij zou zijn patiënt een zeer kwade dienst bewijzen hem in deze toestand zijn gang te laten gaan.

Hierbij komt echter vanzelf de vraag op, of men op dezelfde manier moet oordeien over de situatie, waarbij een patiënt in het volle

gebruik van zijn verstandelijke vermogens verdere noodzakelijke behandeling weigert. Dan ligt de zaak geheel anders. Het wil ons voorkomen, dat de medicus dan weliswaar met deze patiënt daarover moet praten. Maar als dit zonder resultaat blijft, dan kan hij de wil van de patiënt eerbiedigen en zich ontslagen achten van de plicht tegen diens wil toch in te grijpen. Wij hebben immers niet de ethische plicht om de ander het kwaad-doen per se onmogelijk te maken. Men zou zelfs kunnen zeggen, dat men niet het recht daartoe heeft. Wij zeiden, dat het weigeren van een noodzakelijke behandeling de betekenis kán krijgen van middel tot zelfmoord. Dit hoeft niet noodzakelijk zo te zijn. Men denke aan het voorbeeld van de zeventigjarige, die weigert naar het ziekenhuis te gaan en zich een of meer malen te laten opereren om daardoor zijn leven nog voor een korte tijd te rekken. Als men hem belet te sterven op een wijze die past bij het leven dat hij leefde, dan kan het jaar leven, dat daardoor (misschien) gewonnen wordt, voor deze bepaalde mens een volkomen verspeeld jaar zijn. 'De dood is niet de punt die de zin afsluit, maar het laatste woord. Van het laatste woord hangt de gehele zin af. Wie geeft de arts het recht de zieke zijn laatste woord te verbieden, en er een ander, oneigen woord voor in de plaats te zetten ?' (v.d. Berg, blz.17).

5

In dit verband stelt zich ook de vraag naar de houding ten aanzien van zelfmoord. In het verslag van het Ned. Gesprek Centrum lezen we, dat de r.k. leden over het algemeen van oordeel waren dat de medicus in alle gevallen moet ingrijpen. Sommige van de andere leden daarentegen meenden dat bij een echte suicidepoging een respectvolle houding van de medicus op verantwoorde wijze kan leiden tot inactiviteit (blz. 18). De 'echte' suicidepoging zijn we geneigd te verstaan als een zogenaamde 'balans-zelfmoord', d.w.z. de weloverwogen beslissing om op grond van zeer serieuze redenen een einde aan zijn leven te maken. Het lijkt belangrijk onderscheid te maken tussen een patiënt die na een zelfmoordpoging comateus wordt binnengebracht en een patiënt die zelfmoord wil gaan plegen. De laatste vertoont veel gelijkenis met de zojuist beschreven patiënt, die een voor zijn levensbehoud noodzakelijke behandeling weigert. Toch ligt bij de balanszelfmoord de zaak anders omdat in het vorig geval ongetwijfeld meespeelt : het opzien tegen de behandeling, de kansen op mislukking enzovoorts. Vergelijk voorbeelden als : de zakenman die een einde aan zijn leven wil maken omdat hij geen enkele mogelijkheid meer ziet zijn zaak te redden en een diabeticus van 82 jaar, bij wie de amputatie van zijn tweede been geïndiceerd is om (met waarschijnlijkheid althans) nog enige tijd langer te leven.

In het geval van echte zelfmoordneigingen voelen wij persoonlijk het meest voor de opvatting, dat de medicus moet proberen dit te

verhinderen. Men zou bezwaren kunnen hebben tegen de enigszins zwaar klinkende uitspraak dat ieder, die zelfmoordneigingen heeft, psychotisch is. Maar het valt moeilijk te ontkennen dat daar toch practisch altijd een onredelijke levensangst, levensmoeheid of -lafheid mede in het spel is. Vandaar dat men deze mensen een kwade dienst zou bewijzen door hun aan zichzelf over te laten. In feite voelt de gemeenschap zich verplicht deze mensen tegen zichzelf te beschermen en het lijkt ons toe dat het voor de arts binnen de grenzen van het redelijk mogelijke hetzelfde geldt (Kortbeek, 1958). Volgens algemeen gevoelen moet de medicus ingrijpen en proberen het leven te redden van degene, die na zelfmoordpoging comateus wordt binnengebracht. Waaraan we echter willen toevoegen : als een medicus iemand na zelfmoordpoging het leven redt op grond van de overtuiging deze mens daarmee een dienst te bewijzen, dan is zijn taak niet afgelopen met het behoud van dat (biologisch) leven. Hij is daardoor de aangewezen persoon om deze mens te helpen of te doen helpen op een dergelijke manier, dat hij zijn leven weer aandurft en aankan.

## De inhoud van het criterium

Hiermee is het probleemgebied voldoende afgebakend om het laatste probleem in dit verband uitdrukkelijk aan de orde te stellen : uit welke criteria kan men besluiten, dat door de voorgestelde behandeling bij déze patiënt in déze situatie reële mogelijkheden tot zinvol leven geschapen worden ?

Vooraf zij opgemerkt, dat de verplichtingen van arts en patiënt niet noodzakelijk volkomen parallel lopen. Boven zijn reeds situaties besproken, waar dit niet het geval is. .

Daarbij ging het over gevallen waarin de arts wel, doch de patiënt niet wil weten van verdere behandeling. Het tegenovergestelde kan ook voorkomen, namelijk dat een arts niet meer verplicht is tot een bepaalde behandeling terwijl de patiënt er om blijft vragen.

Dan moet de medicus daaraan gehoor geven, tenzij het voor hemzelf een te zware belasting zou worden of hij daarmede anderen tekort zou doen. Voor het nu volgende behoeven we geen onderscheid meer te maken tussen de verplichtingen van arts en patiënt. Het gaat hier immers over de situatie, waarin zich t.a.v. een welwillende patiënt de vraag voordoet of verdere behandeling tot levensbehoud nog zin heeft en beschouwd moet worden als een ethische plicht. In het ideale geval, wanneer de patiënt bij bewustzijn is en bovendien bekwaam zou zijn om werkelijk mee te beslissen. zal die beslissing gezamenlijk moeten genomen worden. In de

uitsluitend ligt in het biologisch leven. De medicus moet daarom zien naar de mens in zijn totaliteit, dat wil zeggen niet alleen zijn lichamelijke staat, maar ook zijn psychisch leven, zijn moreel en geestelijk ideaal en de plaats die hij inneemt in zijn maatschappelijk milieu. Daarbij zal hij moeten verrekenen welke de practische gevolgen zullen zijn van datgene wat hij wil gaan doen, welke voordelen de patiënt ervan zal hebben als mens, zelfs op affectief niveau (Rede op 20-8-1956 ; K. 946). Het fundamenteel beginsel kan men derhalve als volgt formuleren : waardoor wordt het belang van **deze** mens, die in zijn medemenselijk levensmilieu op weg is naar zijn eindbestemming, het meest gediend ?

De nodige concretisatie van dit algemeen beginsel moet onzes inziens niet gezocht worden in één of andere vuistregel, doch in het tegen elkaar afwegen van twee groepen factoren, namelijk : **de aard van het middel en de prognose in het perspectief van de zinvolheid van het leven, dat als eindresultaat te verwachten is.**

### De aard van het middel

Het is van weinig belang of de behandeling 'gewoon' of 'buitengewoon' genoemd moet worden. Hier speelt heel de scala van middelen die de medicus ten dienste staan : van het geven van antibiotica of van een eenvoudige bloedtransfusie tot de beademingsapparatuur, hartstimulator, kunstmatige nier of een of andere zeer ernstige operatieve ingreep. Hierbij moet men ook rekenen het al dan niet in beslag nemen van zeldzame en uiterst kostbare apparatuur, waardoor anderen misschien niet geholpen kunnen worden; en verder de eisen die aan het daartoe nodige personeel gesteld worden. Naargelang de behandeling in kwestie méér last voor patiënt en voor zijn omgeving, meer pijn, moeiten, risico's en kosten met zich meebrengt, zal er ook méér tegenover moeten staan, dat wil zeggen zullen er méér en reëler kansen aanwezig moeten zijn op een redelijk en menselijk resultaat.

### De prognose

De aard van het middel zal afgewogen moeten worden tegen de prognose. Dat betekent, dat de arts zich zal moeten afvragen óf en welke resultaten hij redelijkerwijze kan verwachten. Vervolgens: of eventueel hogere belangen eisen dat de patiënt nog bij kennis komt of nog enige tijd in leven gehouden wordt. Tenslotte : of het resultaat een aanvaardbaar menselijk leven zal zijn, dat inhoud en zin kan hebben voor de patiënt en zijn medemenselijk leefmilieu. Anders geformuleerd : of door deze behandeling voor hem nog verdere mogelijkheden geschapen worden tot zinvol leven in de boven aangegeven betekenis.

Medisch-ethisch gezien volgt daaruit, dat de medicus verplicht is te handelen als tegenover een vrij gunstige prognose een gemakkelijk aan te wenden middel staat. Als echter tegenover een zeer twijfelactige prognose een behandeling staat, die veel lasten en risico's voor de patiënt, bijzondere apparatur, veel verplegend personeel en bijzondere hoge kosten met zich meebrengt, dan kan hij zich ontslagen achten van de plicht die behandeling te beginnen of verder voort te zetten.

Het feit alleen dat de financiële middelen en (wellicht daarom) arts en verplegend personeel ter beschikking staan, lijkt geen exhaustief criterium te kunnen zijn. Bij uitsluitend hanteren van dit criterium is het gevaar niet denkbeeldig, dat een onverantwoorde sociaal-economische discriminatie zou ontstaan tussen de beter gesitueerden en de financiëel minder draagkrachtigen. Wanneer bij een uiterst kostbare en veeleisende behandeling geen gegronde verwachting meer bestaat op een redelijk resultaat, dan zou men zich zelfs kunnen afvragen of de arts niet ethisch verplicht kan zijn de behandeling af te breken, als hij door het continueren daarvan andere patiënten, die daardoor méér kansen op genezing hebben, deze mogelijkheid zou ontnemen.

**Besluit**

Ook in deze wijze van zien blijft ongetwijfeld een bepaalde marge, waarbinnen de opvattingen uiteen kunnen gaan. Het is echter onmogelijk om tot zodanige beginselen te komen, dat elk verschil van mening over het afzonderlijk geval uitgesloten is. Daarvoor zijn deze problemen te gecompliceerd. Het belangrijkste blijft overigens **de houding van de arts** ten opzichte van het leven en niet in het minst zijn gevoelsmatige houding ten aanzien van zijn eigen leven, lijden en dood De gevoelsmatige gesteltenis van de mens heeft immers een zeer sterke invloed op de wijze waarop hij de problemen van het leven verstandelijk ziet en aanpakt (Sporken, 1963, blz. 124 v.).

Vandaar dat een herbezinning niet zonder belang is zowel voor de arts zelf als voor het belang van zijn patiënten.

Het Nederlands Gesprek Centrum gaf een analyse van deze houding die de moeite van het vermelden waard is. De arts loopt het gevaar door eigen angst voor lijden en dood gedreven, op krampachtige wijze en zonder gevoel voor nuances, het leven te rekken. De arts, die aan ziekte, lijden en dood een zinvolle plaats weet te geven in zijn leven (gesteund door zijn levensovertuiging), zal daar het beste aan kunnen ontkomen.

Hij loopt ook het gevaar dat hij in zijn ijver zijn vak te beheersen als het ware bezeten raakt van het spel met chemische en fysische middelen, met apparaten en kunstgrepen, zodat het medisch kunnen gaat prevaleren boven het belang van de patiënt.

Tenslotte is het gevaar niet denkbeeldig, dat hij zich zo identificeert met het te behandelen geval, dat hij teleurgesteld en half beledigd is, als de ziekte zich niet ontwikkelt zoals hij zich dat gedacht had. De omschakeling van de houding van bestrijding der ziekte naar die van aanvaarding van de dood kan moeilijk zijn (Ned. Gesprek Centrum, blz. 23 v.). Bij elke patiënt komt eens het ogenblik, dat het met alle genezen gedaan is. De arts dient de dood, die zich meldt, te verstaan en dan ook te aanvaarden als eerste werkelijkheid. Deze realiteit van de zich aandienende dood zal normerend zijn voor alles wat hij daarna nog doet. Als hij in die situatie nog zou trachten te genezen, dan zou hij zichzelf en zijn patënt bedriegen. In feite is het voor veel artsen moeilijk om die conclusie uitdrukkelijk te trekken, want dat houdt in dat zij de patiënt moeten helpen sterven. Op dat punt voelen velen zich erg 'onthand', omdat zij dit niet 'geleerd' hebben. Vandaar dat ook vaker 'het belang van de zieke' als reden geldt om het verhelpen van de ziekte gerechtvaardigd te kunnen simuleren. Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat in de huidige medische wetenschap het verschil tussen het belang van de zieke en van de ziekte niet zo duidelijk gezien noch uitdrukkelijk gesteld wordt. Anders zou daarin zeker méér dan nu gesproken worden over de vraag hoe men een zieke bij moet staan als hij sterft. 'Zij zou spreken over het handelen van de arts, daar waar de ziekte, de kwaal, het letsel of het lijden sterker is dan de zieke. en ook daarover zwijgt zij. Zij zou zich dienen te bezinnen over wat ziekte is, wat gezondheid, wat leven en wat dood — terwijl deze vragen terzijde liggen' (v.d. Berg, blz.28).

Ofschoon er verschil van visie kan blijven bestaan in het beoordelen van de afzonderlijke, concrete probleemgevallen, blijft toch steeds de fundamentele eerbied voor het leven en de zorg om de patiënt het eenheidspunt en ontmoetingspunt tot herbezinning. De instelling van de medicus om werkelijk het beste te willen in het belang van de mens die zich aan hem toevertrouwt, zal hem de onrust geven alles te doen wat hij redelijk kan doen voor het behoud en de bevordering van het aardse leven en het welzijn van de patiënt. Deze instelling zal hem echter tegelijkertijd de rust geven om hem waarachtig als mens te laten en te helpen overgaan naar het Leven, waartoe hij door zijn Schepper en Verlosser geroepen is.

**Literatuur**

Anonymus : **Is de arts verplicht tot het uiterste toe elk beschikbaar middel aan te wenden om het leven van een ongeneeslijke en stervende patiënt te verlengen,** in : **Kath. Artsenblad** 38(1959) 217.

Bax, H. : **Het ziekbled der ongeneeslijken,** in **T.v. Gen.** 1956, 2601.

Berg, J.v.d. : **Het menselijk lichaam. Een metabletisch onderzoek. Nijkerk,** 1960 (3e) 2 dln.

Claes, J. : **De Boeretheologie of Den Godsvrugtigen Kluysenaer,... Opgesteld by maniere van gemeyne Saemenspraeken... Leuven,** 1821 (6e).

Frankl, V. : **Ärtzliche Seelsorge, Wien,** 1952 (6e).

Häring, B. : **Das Gezetz Christi, Freiburg,** 1956.

Healy, E. : **Medical Ethics. Chicago,** 1956.

Janssens, L. : **Personalisme en democratisering. Brussel,** 1957.

Kelly, G. : **Medico-Moral Problems. Dublin,** 1960.

Kortbeek, L. : **De zingeving van het medisch handelen,** in : **Kath, Artsenblad** 33(1954) 236.

Kortbeek, L. : **Preventie van zelfmoord,** in : **Kath. Artsenblad** 37 (1958) 385.

Lindeboom, G. : **Opstellen over medische ethiek, Kampen,** 1960.

Madinier, G. : **De mens en zijn geweten. Utrecht,** 1958.

Marlet, M. : **Nadere ethische oriëntatie, l.c.,** 90.

Marlet, M. : **Samenvatting van hoofdgedachten ten dienste van de discussie, l.c.,** 93.

Mausbach - Ermecke : **Katholische Moraltheologie, Münster,** 1961, 3 Bd.

Niedermeyer, A. : **Compendium des Pastoralmedizin, Wien,** 1953.

Pius XII : **Rede op 20-8-1956 tot de Internat. Unie voor Kankerbestrijding,** in : **Kath. Arch.** 11(1956) k. 945.

Pius XII : **Rede op** 24-11-1957 **tot de Anaesthesisten over de reanimatie,** in : **Kath. Arch.** 13(1958) k. 1.

Prich, J. : **Vraagstelling en praktijk, l.c.,** 88.

Rauch, W. : **Abhandlungen aus Ethik und Moraltheologie, Freiburg i.Br.,** 1956.

Sporken, P. : **Gemoedsleven en deugd. Nijmegen,** 1963.

Stelzenberger, J. : **Lehrbuch der Moraltheologie. Paderborn,** 1953.

Stolte, J. e.a. : **Reanimatie en de grenzen van kunstmatige levensverlenging,** in : **Kath. Artsenblad** 39(1960) april.

Stolte, J. : **Algemene medische oriëntatie, l.c.,** 84 ;

Verlenging van het leven ; **Uitg. Nederlands Gesprek Centrum, Kampen,** 1964.

(1) De tekst van dit artikel is besproken in de vergaderingen van de Commissie Medische Ethiek, bestaande uit de Heren : F. Saes, arts, voorzitter ; J. Capetti, arts ; H. Dorren, arts ; B. Garritsen, arts ; Dr. F. Gerards, arts ; M. Horikx, arts ; H. v. Osch, arts ; Drs. Kuitenbrouwer ; Prof. Drs. Th. Beemer en Prof. Dr. C. P. Sporken.

# *Hoe begrijpt de zieke zijn ziekte*
# *Hoe begrijpt hij de medicus*
# *Hoe laat hij zich door zijn medicus begrijpen***

Susanne Fouché* te Parijs
Verbonden aan : Ligue pour l'adaptation du diminué du travail te Parijs.
Bekend door haar werk voor de 'handicape' s'. Zij richtte 26 huizen op voor reactivering.

Begrijpen dat is met zich nemen (comprendre), het zijne doen, het integreren in zijn leven, het in zich opnemen ; dit vereist kennis van het feitelijke ; het betekent, dat men in het feitelijke binnendringt om het te ontcijferen. Begrijpen is dus allereerst het feitelijke zien, er voor open staan, het confronteren met eigen denken. Wil het begrijpen objectief zijn, dan zij het voorzichtig, bedachtzaam, zonder vooroordeel en zonder wantrouwen. Als ziekte een nabije dreiging is, dan verstoort zelfs de voorstellng ervan het voor een rustig oordeel gunstige klimaat.

Van de andere kant is de zieke te voren een gezonde geweest. Als de ziekte hem te pakken krijgt, dan denkt hij over haar, zoals een gezonde dat doet. De meerderheid der mensen beschouwt ziekte als het ergste der afzonderlijke rampen, een ontregeling, een onrechtvaardigheid, een ongeluk, een degradatie, pech. Voor zichzelf en de zijnen verwerpt men de mogelijkheid van ziek te zijn. Men laat er zich op voorstaan, dat ziekte niet in de familie voorkomt.

Men weigert aan te nemen, dat men er gevoelig voor is, dat wil zeggen in staat is om te lijden. Ziekte is voor de anderen. Men dacht onkwetsbaar te zijn. Deze dwaling over de menselijke eigenaard maakt dat de patiënt zijn ziekte moeilijk als werkelijkheid kan aanvaarden. Hij gaat uit van een verkeerde opvatting.

Het is dus gewoon, dat de patiënt geschokt is, teleurgesteld, vernederd, dat hij angst heeft.

Het is de vrees, of liever het verwonderd zich bang maken dat de eerste dagen op de voorgrond staat, een verward zich bang maken over een onbekende toestand, waarin met het verleden wordt gebroken en het lichaam de leiding neemt en in het bewustzijnsveld binnendringt. De levenstijl is gestoord of het leven is opgeschort. Men verwacht verboden van de dokter, ziekenhuisopname, ontwrichting en verwijdering uit zijn werk, verwijdering uit de in het gezin en sociale leven gespeelde rol.

**
Samenvatting van een voordracht op de bijeenkomst van Méderine de la Personne te Woutschoten op 4 augustus 1964.

Tegenover deze schildering, die hij al naar zijn karakter zwarter ziet, is de zieke van zijn stuk gebracht, onhandig, daar hij geen ervaring hiervan heeft 'en' geen geconditioneerde reflexen hem te hulp komen.

Hij moet zich nieuwe gewoonten scheppen, een nieuwe habitus aannemen.

Hij moet dat alleen doen. Hij staat los van zijn groep, is niet meer zoals de anderen.

Zijn vroeger aangenomen waarden geven hem thans generlei steun: lvenssituatie, rijkdom, beschaving, invloed, uitstraling ; 'ik ben slechts een lichaam, dat lijdt'. De ziekte berooft hem van alles.

Plotseling merkt hij een zwak wezen te zijn, verwondbaar, zonder zekerheid.

Nu eerst bemerkt hij de wezenlijke plaats van de mens op aarde. Het is de essentiële armoede.

Hij zal moeten erkennen, dat hem — zonder dat hij er iets aan kan doen — van alles buiten af wordt opgelegd. Meester van zijn leven is de mens niet.

Hij zal dat moeten aanvaarden ; dat is een hele stap. Aanvaarden is niet : onderworpen worden ; het is vrij zijn.

Het is verder nuttig, dat hij vermoedt, dat deze ziekte weleens niet iets slechts voor hem zou kunnen zijn. Als hij gelooft, dat alles tot zijn bestwil samenwerkt, dan kan hij de ziekte benutten om meer mens te worden.

Dan pas begrijpt hij ; dan vordert hij op de weg naar de overgave, waar God van hem gebruik zal maken.

Zou het mogelijk zijn deze weg minder zwaar te maken ? Ja, door de zieke met een wezenlijke wetenschap te wapenen, die van de 'condition humaine'. Want ziekte is 'een wijze van mens zijn en geen toeval, nog minder een ramp'. Zij maakt deel uit van het program. De mens, van nature sterfelijk, moet aan zichzelf bekennen ook bestemd te zijn tot lijden.

Deze wetenschap geeft hem een vaste basis voor beoordeling, al neemt het de verrassing van ziek worden niet weg.

Heeft hij die wetenschap niet, is hij niet voorbereid dan kan men hem helpen door zijn vrees voor pijn en dood te doen bedaren, tijdelijk als zijn houvast op te treden en dan geleidelijk hem er toe zien te brengen zijn vertrouwen te vestigen niet op zichzelf, niet op een ander, maar op de Voorzienigheid.

Deze zwenking, deze bekering, is een verandering van het zwaartepunt van de persoon, die niet langer kinderlijk egocentrisch zichzelf in het centrum plaatst, maar zich tot God keert, 'Hij die is'. Deze ommekeer wordt vergemakkelijkt door het ervaren van eigen zwakte. Ze kan langzaam, maar ook plotseling geschieden.

Een van de bewerkers van deze bewustwording is de medicus ; hij dient er in te geloven ; hij dient in stilte het doorbreken van het licht te volgen, en als het kan met een enkel woord er aan mee te werken.

Dan is de zieke niet meer alleen.

**Hoe begrijpt de zieke de medicus ?**

a

Er bestaat voor de zieke een fundamentele moeilijkheid de dokter te begrijpen : als men kent hij hem gewoonlijk niet. De dokter is voor de zieke een personnage, die een omschreven en beperkte rol speelt ; niet gelijk zijnde is er ook geen echte ontmoeting.

Toch bestaat die mogelijkheid wel ; het hangt af van de houding van de dokter en zijn verlangen nederig en mild beschikbaar te zijn. Soms moet hij zichzelf bloot geven : 'het is de hoogste naastenliefde aan anderen zijn eigen leed te tonen'. Dan kan hij zijn de mens, de broeder, de vertrouweling.

b

Op de sociale week in Montpellier (1952) zei ik : 'de zieke is niet meer de radeloze onwetende, die van de genezer de gezondheid afsmeekt. Op de hoogte van de gevaren zowel van de ziekte als van de behandelingsmethoden heeft hij een ernstige gids nodig, waaraan hij tijdelijk een deel van zijn verantwoordelijkheid voor zijn leven toevertrouwt. Deze gids moet hij kiezen, waarderen als een trouwe bondgenoot, die hij bij iedere stoornis in zijn lichaam terug ziet. In deze rol van medewerker verliest de medicus wel zijn prestige als wonderdoener, maar groeit als mens, als vriend, als broeder. Tegenwoordig worden de behandelingsmethoden voor de leek uiteengezet, door hem besproken en beoordeeld. Het geheimzinnige gaat verdwijnen. De sociale zekerheid heeft recht gegeven op medische zorg. De houding van de zieke is mede hierdoor veranderd. Hij gaat iets terugontvangen van wat hij aan premie betaald heeft.

Maar, is in de grond veranderd wat hij als zieke vraagt ?

Alleen met wat meer aanmatiging vraagt hij van de medicus allereerst te zijn de genezer, dikwijls nog : de wonderdoener. Aan diens voorschriften schrijft hij een magische kracht toe. In de gedachte, dat de ziekte van buiten komt, verwacht hij hulp van buitenaf.

De officiële bewerker hiervan is de medicus. Daarom wil hij hem alles vertellen, dat nodig is om een diagnose te maken. Zo antwoordt hij op alle vragen van de medicus ; hij aanvaardt onderzoekingen en foto's en dat niet om een vertrouwensman in te lichten, maar iemand met macht.

De dokter, die met minste leed weet te genezen is de strateeg. Hij kent de kunst van het strijden. Hij weet de verdediging te organiseren. Men moet hem gehoorzamen. Voor de meesten betekent dit : zonder trachten te begrijpen.

Voor anderen, die aan de strijd zelf deelnemen, is hij de gids in een tunnel. De zieke zou willen, dat de medicus de opvoeder was, hij die, leert om te leven die verzekert dat ziekte wordt voorkomen, de medicus van de gezondheid.

**Hoe kan men de zieke begrijpen ?**

In min of meerdere mate is de zieke bang voor de medicus, want voor hem geeft men zich bloot. Bovendien is de mens niet gewend mee te delen, wat hij werkelijk is, want zijn ondergrond is niet doorzocht en de anderen luisteren niet. (Degenen die graag over zichzelf spreken verdrinken de waarheid in hun woorden).

Deze vrees en onrust bemoeilijkt de mogelijkheid zich uit te drukken.

De zieke zoekt naar woorden, omdat hij niet gewoon is over zulke zaken te spreken. Hij vergeet de helft van wat hij wilde zeggen.

Vaak voelt hij dat in zijn verleden de diepere oorzaken liggen van zijn tegenwoordige verschijnselen. Zo vertelt hij zijn geschiedenis, zoals hij deze nu ziet, vaag en met een bepaalde strekking, Hij schijnt terug te gaan tot de zondvloed, maar dat is omdat hij zelf de draad van Ariadne wil terug vinden.

Als de medicus ongeduldig en onoplettend is, dan voelt hij de daaruit blijkende onrust van de patiënt niet ; dan leert hij deze geheime tekortkomingen niet kennen. Dan steunt zijn raad op niets.

De zieke tracht onbewust interessant te zijn en daardoor de belangstelling te trekken om beter verzorgd te worden, om zich met deze mysterieuse macht te verzoenen. Zo overdrijft hij vaak omdat hij bang is niet au serieux genomen te worden. Als de medicus schijnt te twijfelen aan het lijden, dan maakt de zieke dit erger.

De zieke kan van zijn ziekte slechts dat vertellen, wat hij ondervindt. Is dit iets omschrevens, dan gaat dat gemakkelijker, dan wanneer hij zich slap voelt, geen eetlust heeft.

Het lijden is subjectief en dus van patiënt tot patiënt verschillend. Het hangt mede af van gevoeligheid, verbeelding, vroegere ervaring met lijden, tegenwoordige omstandigheden, waarin de patiënt verkeert (geld en familiezorgen, werklust etc...), van moed, opvoeding, etc... Zulke omstandiheden kunnen het lijden verergeren of verzachten.

De arts moet zijn paiënt in alle opzichten peilen om hem te begrijpen.

# Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

*(Vereniging zonder winstgevend doel)*

*Albemeen Voorzitter :* Dr. Ch. de Gheldere
*Algemeen Secretaris :* Dr. M. Kivits — *Penningmeester :* Dr. J. Gillis
*Algemeen Secretariaat :* IJzerlaan 19, Brussel 4.
Tel. 35.36.02

*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst,* Dirk Maertensstraat 24 - Aalst.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen,* Moorkensplein 13 - Antwerpen.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge,* Torenbrug 1 - Brugge.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel,* Jubileumlaan 145 - Brussel 2.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent,* Ferrerlaan 210 - Gent.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg,* Diestersesteenweg 76 - St-Truiden.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen,* Nekkerspoel 121 - Mechelen.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas,* Hofstraat 52 - St-Niklaas W.
*Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout,* de Mérodelei 176 - Turnhout.

# Medische Sint-Lucasjeugd

*Medische Sint-Lucasjeugd Gent,* K.V.C. Kortrijkse Poortstraat 160 Gent.
*Sint-Lucasgilde der Studenten, Leuven,* Pater Damiaanplein 13 Leuven.

# Medische hulp aan centraal-Afrika

*Algemeen Secretariaat :* Louis Schmidtlaan 111 - Brussel 4.

—

Drukkerij PREUX, Hornu.